

## « On a le sentiment d'un immense gâchis »

*Florence Garcia est directrice de l'association de santé communautaire lyonnaise Cabiria. Entre les arrêtés municipaux antiprostitution, les coupes budgétaires et la précarisation des personnes prostituées, elle tire la sonnette d'alarme et s'avoue découragée.*

### Comment a évolué la situation des personnes prostituées ces dernières années ?

Leurs conditions de vie et de travail se sont dégradées. La loi de 2003 et les nombreux arrêtés municipaux antiprostitution font qu'elles sont toujours à la recherche d'une place. Cette mobilité crée des conflits permanents avec la police, les riverains et les autres personnes prostituées. Le harcèlement policier a également une incidence sur leur moral et leur précarité. Comme elles doivent se cacher, elles ont du mal à fidéliser leurs clients et, avec la crise, elles en perdent. Mais il n'y a pas moins de personnes qui travaillent dans la rue ; on en rencontre toujours de nouvelles. La précarité et les discriminations poussent les gens à la prostitution. Beaucoup de nouvelles personnes prostituées viennent d'Afrique subsaharienne, de Roumanie et de Bulgarie. Les lois sur l'immigration ne les ont pas empêchées d'entrer sur le territoire, elles ont juste augmenté les montants exigés par les passeurs, donc accentué leur précarité.

### Ces difficultés influencent-elles les prises de risque ?

Les discours sur la prévention sont toujours entendus, mais nous sommes sur le fil. La précarité pousse les personnes prostituées dans leurs retranchements. Quand elles patientent cinq heures sans faire une passe et qu'elles ont besoin d'argent, elles sont plus vulnérables face à un client qui demande un rapport non protégé. De même, les arrêtés municipaux ont éloigné les personnes prostituées et les baisses de budget peuvent nous empêcher de venir à elles. Faute de moyens, nous devons toujours faire des choix entre l'urgent et le très urgent, ce n'est pas une position tenable. Mais les personnes prostituées restent malgré tout porteuses de pratiques positives. Notre ligne d'urgence<sup>1</sup> nous renseigne sur ce qui demeure la norme pour elles et nous sommes toujours sollicités après des accidents de préservatifs ou une prise de risque.

### Face à la suppression de certaines subventions, comment envisagez-vous l'avenir ?

J'en ai une vision assez noire. Plein de questions se posent. Est-ce que le département et la région accorderont toujours des financements ? Est-ce qu'il faut tenir

jusqu'aux élections présidentielles de 2012 pour espérer des changements ou est-on parti pour vingt ans avec ce genre de politique ? Si c'était le cas, il faudrait recommencer à zéro tout ce qui a été mis en place depuis la fin des années 1980 pour lutter contre le sida. Tout cela donne le sentiment d'un immense gâchis.

<sup>1</sup> Ligne d'urgence 24 h/24 au +33 (0)6 07 62 26 59.

## L'État et les personnes prostituées

■ **Loi sur le racolage passif** : en 2003, la loi sur la Sécurité intérieure crée le délit de racolage passif, avec pour but officiel la lutte contre les réseaux de prostitution. Principale conséquence : les personnes prostituées, contraintes de se cacher, quittent les centres-ville pour travailler à la périphérie. Leurs conditions de travail deviennent plus dangereuses, les associations ont plus de mal à les rencontrer. En termes de démantèlement de réseaux, l'impact de la loi est quasi nul.

■ **Des arrêtés municipaux qui se multiplient** : depuis 2002, de nombreuses villes ont pris des arrêtés municipaux interdisant la prostitution et renforçant la répression dans certains secteurs de la ville. Parmi elles : Orléans, Troyes, Aix-en-Provence, Lyon ou encore Strasbourg. En 2003, la municipalité de Caen, dont un arrêté ne tolérait la prostitution que dans la rue du commissariat, a vu cette décision annulée par le tribunal administratif. La même année, un représentant de la mairie de Strasbourg a admis lors d'une assemblée de l'Association des maires des grandes villes de France que ces arrêtés n'avaient qu'une vertu : « repousser le problème en périphérie » afin d'apaiser la grogne des riverains.

■ **Des financements aux associations de plus en plus rares** : déjà confrontées à des coupes budgétaires, les associations ont vu disparaître au printemps 2010 la ligne dédiée à la prostitution dans les budgets des DDSCS.

## L'Afrique face aux nouveaux défis de la prise en charge des enfants

*Si ces trois dernières années, l'accès des enfants aux traitements et aux soins s'est considérablement amélioré dans les pays en développement, l'Afrique peine à suivre ce progrès. Dépistage précoce, traitement systématique des nourrissons infectés, accompagnement psychologique des enfants : les associations tentent de relever ces nouveaux défis.*



« On a tous tellement cru à l'efficacité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant [PTME] qu'on a oublié la prise en charge pédiatrique, dans laquelle on a un retard incroyable », déplore Valériane Leroy, médecin épidémiologiste et chercheuse à l'Inserm.

Certes, les organisations internationales, et en premier lieu l'Organisation mondiale de la santé (OMS), se félicitent de l'augmentation du nombre d'enfants traités. Les dernières statistiques officielles, qui datent de décembre 2008, recensent près de 275 700 enfants de moins de 15 ans sous traitement antirétroviral (ARV) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente un taux de couverture de 38 %. Ils n'étaient que 198 000 en 2007 et 75 000 en 2005.

**Disparités.** Mais lorsqu'on examine les chiffres de plus près, les disparités sont criantes. Alors qu'en 2008, en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, plus de la moitié des enfants (52 %) bénéficiaient d'un traitement (soit 30 000 enfants), le continent africain faisait encore figure de parent pauvre du progrès de la prise en charge pédiatrique, avec 225 000 enfants sous ARV fin 2008, soit seulement

35 % des besoins. Pourtant, c'est là que vit la très grande majorité des enfants atteints par le VIH.

Et au sein même de ce continent, les inégalités sont frappantes. Si, en Afrique de l'Est et du Sud, les avancées sont notables, avec 44 % des enfants sous traitement, l'augmentation du nombre d'enfants traités en Afrique centrale et de l'Ouest a été très modeste, avec 29 800 enfants sous ARV en 2008 contre 25 500 un an plus tôt. Dans cette partie de l'Afrique, 85 % des enfants ayant besoin d'un traitement n'y avaient toujours pas accès fin 2008, ce qui équivaut, à peu de choses près, au taux de couverture dans l'ensemble des pays en développement... de 2005.

Les explications sont nombreuses : carence en ressources humaines formées, problèmes d'approvisionnement en ARV, manque de disponibilité des formulations pédiatriques, retards dans le dépistage... ■■■

## Grandir

En 2006, Sidaction, Initiative Développement et Sol En Si se sont associées afin d'améliorer la prise en charge du VIH chez l'enfant en Afrique. L'objectif du programme Grandir est de développer la prévention de la transmission mère-enfant et d'amener les soignants et les associations africaines partenaires à s'impliquer davantage dans les soins et l'accompagnement psychologique et social des enfants séropositifs.

Le programme allie information (lettre bimestrielle *Grandir Info*, fiches pratiques et site Internet – [www.grandir.sidaction.org](http://www.grandir.sidaction.org)), formation et transfert de compétences, moyens financiers alloués aux associations et plaidoyer ciblé.

À travers Grandir, près de 3 500 enfants sont suivis dans quinze associations de neuf pays : Tchad, Bénin, Togo, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Cameroun, Congo et République démocratique du Congo.

■ ■ ■ « Si on regarde les cohortes d'enfants traités en 2008 en Afrique de l'Ouest, seulement 2 % avaient moins de un an, explique Valériane Leroy. Les enfants commencent leur traitement en médiane à 5 ans. C'est bien trop tard. Les enfants qui arrivent à l'âge de 5 ans sont les survivants d'une population de nourrissons qui a disparu avant. »

**Initiatives.** Bien sûr, des progrès substantiels ont été accomplis dans l'accès au traitement, en particulier pour les ARV de première ligne. Des décisions ont été prises au niveau international dans le domaine de la prise en charge pédiatrique, mais, constate Valériane Leroy, « les recommandations de l'OMS, même si elles sont très importantes, ne font pas avancer les choses sur le terrain ».

Ce sont souvent des initiatives associatives, comme le programme Grandir, qui amènent le changement, en faisant le pari de la pédagogie et du partage d'expertise pour donner aux équipes les moyens d'agir. « L'expérience du suivi au long cours d'enfants atteints de pathologies chroniques n'existait pas en Afrique, argumente le D<sup>r</sup> David Masson, pédiatre référent de « Grandir ». C'est la première fois qu'il y a de vraies cohortes d'enfants qu'il faut amener jusqu'à l'âge adulte, avec une prise en charge qui doit s'adapter. » Pour cela, il est nécessaire

de s'appuyer sur des personnels motivés. « Mais si la politique nationale n'est pas franchement incitative, cela ne fonctionne pas, ajoute le médecin. Certains pays ont mis en place des formations théoriques : ce n'est pas suffisant pour que des actions se développent. Il faut du compagnonnage, des stages pratiques, ou encore des équipes expérimentées qui puissent aller sur les sites pour accompagner la prise en charge des premiers cas. Il faut aussi donner aux soignants la possibilité d'avoir facilement des avis spécialisés ou de référer les cas qui posent problème. »

L'exemple de Grandir, qui atteint ses limites quantitatives, peut-il faire des émules ? Et comment pérenniser et étendre ce savoir acquis par l'expérience ? « On met en place des modules de formation pour qu'il y ait des répercussions du programme au-delà des associations soutenues, assure le D<sup>r</sup> Masson. Il faut multiplier les formations de formateurs dans les diplômes universitaires africains spécialisés dans le VIH et poursuivre le plaidoyer pour une plus grande prise en compte des enfants dans les programmes nationaux de lutte contre le sida. Et il est important de développer des réseaux de professionnels du Sud investis dans la prise en charge pédiatrique, car il y en a de moins en moins au Nord. Les experts de demain sur le VIH pédiatrique seront nos partenaires africains. »

## Exemple du Bénin

**Diplômée en santé publique et assistante sociale, Doris Agboton est responsable du programme Grandir à l'ONG Racines, à Cotonou, au Bénin.**

« Nous avons intégré le programme Grandir en 2007. Avant, nous assurions seulement la prise en charge médicale et le traitement des infections opportunistes des enfants de nos bénéficiaires.

Depuis quelques mois seulement, nous avons la possibilité de faire une PCR (Polymerase Chain Reaction). On fait le dépistage précoce si l'enfant présente des symptômes ou si la mère n'a pas bien suivi le protocole de PTME et que l'enfant a été très exposé au VIH. Le prélèvement est réalisé à six semaines et amené au laboratoire national. Quatre ont été réalisés au dernier semestre. Deux d'entre eux étaient positifs : les nourrissons ont reçu un traitement tout de suite. Depuis le mois de septembre, on ne peut plus en pratiquer, car le laboratoire national est en rénovation. Actuellement, nous avons soixante enfants atteints par le VIH dans notre file active. Ils ont entre 0 et 15 ans et sont en bonne santé. Avec le PNLS, nous recevons régulièrement les molécules pédiatriques. Nous n'avons pratiquement pas de ruptures de stock.

Nous avons commencé l'accompagnement psychologique depuis cette année, grâce à Grandir, qui nous a permis de former du personnel et de recruter un psychologue. Pour l'annonce du diagnostic, nous avons d'abord mis la priorité sur les 10-15 ans, qui ont l'âge de comprendre et de connaître leur statut sérologique. Nous avons constaté que ces enfants se doutaient de quelque chose. Ils savaient en silence, mais personne ne leur avait dit clairement ce qu'ils avaient, ni pourquoi ils devaient prendre des médicaments tous les jours.

À l'association, tout le monde est impliqué dans le processus de l'annonce. Cela ne se fait pas en un jour. Il faut d'abord préparer les parents pour qu'ils acceptent. Et dès qu'on sent que l'enfant est prêt à recevoir ce message, on lui en parle.

Nous sommes aussi en train de mettre en place des groupes de parole et nous fournissons aux enfants un soutien nutritionnel et social, avec une aide aux frais de scolarité. »

## « Nous sommes à une période charnière »

**Interview du D<sup>r</sup> David Masson, pédiatre référent du programme Grandir.**



### Quel bilan faites-vous du programme Grandir ?

En 2006, très peu de personnes étaient investies dans la problématique des enfants. Les médecins en charge des adultes se sentaient démunis. En trois ans, on a beaucoup avancé. Les associations africaines intégrées dans le programme sont arrivées à une prise en charge de bonne qualité. Elles dépistent les enfants de parents suivis, font de la prévention de la transmission chez les nourrissons, y compris en délivrant des substituts de lait maternel, et mettent les enfants sous traitement ; 60 % sont sous ARV et il y a plus de 90 % de survie chez ceux atteints par le VIH et suivis. Alors que nous accompagnons des enfants fragilisés, nés de mères infectées, vivant souvent dans un contexte familial précaire, et dont certains ont le VIH, nous avons des taux de mortalité inférieurs au taux de mortalité infantile en population générale dans chacun des pays.

### Quels sont les nouveaux défis de la prise en charge pédiatrique ?

L'accompagnement psychologique est un enjeu majeur pour les années qui viennent, avec l'annonce du diagnostic à l'enfant.

Il faut aussi améliorer l'intégration du suivi nutritionnel dans la prise en charge, fondamental pour des organismes en croissance. Avant, si un enfant avait un problème nutritionnel, on s'adressait à un assistant social ou un conseiller pour obtenir de la farine ou des compléments alimentaires, mais ce n'était pas intégré comme une donnée médicale. Les équipes ont pris cela en compte, mais il faut aller plus loin afin de traiter la malnutrition chez les enfants atteints par le VIH.

L'autre problème de taille est le passage à l'échelle, avec des ressources humaines limitées. Quand une association arrive à une file active d'environ deux cents enfants, il y a saturation. Le défi actuel, en Afrique, est la décentralisation, car le suivi au long cours d'un enfant qui habite à 200 km n'est pas envisageable : problèmes de transport, consultations ratées, perdus de vue... Or les associations ont beaucoup moins de personnel dans leurs antennes régionales. La prise en charge pédiatrique devra passer par un système de collaboration entre les associations et les services publics de santé, mais les professionnels de l'enfance y sont encore moins nombreux que dans ceux des capitales. La prise en charge des adultes a tendance à se développer en province ; pour celle des enfants, ça coince.

### Où en est-on concernant les traitements ?

Nous sommes à une période charnière avec l'apparition de cas de résistance chez des enfants. Avec le vieillissement des files actives pédiatriques, nous avons de plus en plus de cas complexes, d'échappements thérapeutiques et même de décès d'enfants suivis.

Or nous avons un problème d'accessibilité des ARV de deuxième ligne et des formes combinées fixes qui regroupent plusieurs molécules en un seul médicament. L'industrie pharmaceutique n'est pas très intéressée pour développer des traitements pédiatriques : ce n'est pas rentable, car cela concerne essentiellement les enfants du Sud. Il n'y a pas très longtemps, le laboratoire qui fabriquait la ddl pédiatrique a décidé d'arrêter la production. Un certain nombre de molécules disponibles pour l'adulte ne sont pas utilisées pour l'enfant, soit parce qu'elles n'ont pas été testées, soit parce que la présentation n'est pas adaptée. Déjà, en Afrique, les ressources thérapeutiques sont limitées ; elles le sont encore plus chez les enfants. Quand des parents, qui ne sont pas forcément convaincus de l'intérêt du traitement parce qu'ils voient leur enfant en bonne santé, doivent lui donner chaque jour trois sirops avec trois dosages différents et que l'enfant recrache un médicament à cause de son goût amer, cela doit être suivi de très près au quotidien. Je pense que pas mal de parents donnent les traitements à moitié, parce que c'est trop compliqué.

Les formes combinées en comprimés orodispersibles [NDLR : deux ou trois molécules contenues dans un seul comprimé qui se dissout dans l'eau ou par la salive] devraient être généralisées. Ce sont les recommandations de l'OMS. Mais pour l'instant, je ne les ai pas trop vues arriver sur le terrain.



## Parler du VIH à l'enfant

*Il n'est pas si loin le temps où, dans les pays développés, on ne parlait pas aux enfants des problèmes qui les concernaient, notamment des maladies graves. En Afrique, la question se pose aujourd'hui de façon cruciale pour les enfants atteints par le VIH.*

« Les parents pensent toujours que les enfants ne sont pas prêts. Ils ont toutes les raisons de se cacher derrière cette conviction, explique Jean-Marie Alley, psychologue et responsable de la prise en charge psychologique des orphelins et enfants vulnérables à l'association Espoir Vie Togo, à Lomé. Et les professionnels, en particulier les prescripteurs, craignent que l'enfant ne soit trop petit pour comprendre. » Pour Valériane Leroy, ce sont les adultes qui ne sont pas prêts à cette annonce : « Annoncer sa séropositivité à l'enfant leur est difficile et culpabilisant. » De plus, dans leur esprit, le fait que l'enfant soit informé représente un risque de divulgation du statut de la mère ou des deux parents à l'entourage.

**Risque d'inobservance.** Pourtant, dire à un enfant qu'il a le VIH, c'est non seulement le considérer comme un individu à part entière, mais c'est surtout une démarche indispensable pour le bon suivi de son traitement. « Quand les adolescents deviennent inobservants ou refusent le traitement, c'est souvent l'intégration de l'enfant dans sa prise en charge, et donc l'annonce de son diagnostic, qui n'a pas été faite, ou trop tardivement, explique le D<sup>r</sup> Masson. On a donné des traitements à ces enfants sans leur expliquer pourquoi ou on leur a menti. Il existe encore des adolescents qui prennent des ARV alors qu'on ne leur a jamais dit qu'ils étaient infectés. Avec ceux-là, il y a de plus en plus de problèmes. » Ce manque d'information de l'enfant se vérifie sur le terrain. Exemple : en Côte d'Ivoire, seuls 33 % des adolescents atteints par le VIH ont été officiellement informés de leur statut.

« Les médecins africains doivent s'impliquer dans l'annonce du diagnostic et changer leur relation à l'enfant et à l'adolescent, insiste le D<sup>r</sup> Masson. Lors de consultations, je vois des soignants qui parlent à l'adulte sans s'adresser à l'enfant. Ils disent des choses fortement évocatrices de l'infection par le VIH sans se préoccuper de ce que celui-ci a compris. Du coup, il est exclu de ce qui le concerne au premier chef, c'est-à-dire sa santé et son traitement. » Le manque de formation des professionnels de santé et le déficit en ressources humaines expliquent, en partie, cette absence de prise en compte de l'enfant en tant que patient. Sur le continent africain, il y a très peu de pédiatres et encore moins de pédopsychiatres. Mais, curieusement, il n'existe toujours pas de normes internationales pour formaliser ce domaine important de la prise en charge, à peine évoqué dans les dernières recommandations de l'OMS.

**S'inscrire dans un processus.** D'où l'intérêt du partage d'expériences, notamment au sein du réseau Grandir : certaines associations partenaires se sont en effet largement impliquées dans l'accompagnement psychologique de l'enfant et l'annonce du diagnostic, comme le relate Jean-Marie Alley. « Nous avons conçu des outils pour aider aussi les professionnels non psychologues, car l'annonce doit être accompagnée à tous les niveaux des équipes soignantes. » À Espoir Vie Togo, la pratique est désormais bien rodée. « Nous avons établi une grille d'appréciation de la capacité de l'enfant à recevoir cette information. L'âge n'est pas le seul critère. À titre indicatif, les plus jeunes ont 8 ans, mais nous prenons en compte l'aspect psychoaffectif : l'enfant ne doit pas avoir de troubles majeurs que l'annonce pourrait compliquer. Sur le plan cognitif, son développement mental doit être suffisant pour comprendre la notion de maladie, le rapport entre le traitement et la bonne santé. Enfin, nous intégrons le critère social. La plupart des enfants que nous suivons sont des orphelins, ayant perdu un parent ou les deux. Il est important que l'enfant vive dans un foyer où il n'y a pas de difficulté de cohabitation, car le milieu familial doit être un support. »

Lorsque ces conditions sont réunies, l'annonce n'est pas une information assénée un beau jour à l'enfant. Elle s'inscrit dans un processus. « On prépare les parents, les autres membres de l'équipe, les enfants », renchérit Jean-Marie Alley. La communication sur l'infection par le VIH sera ensuite reprise et adaptée au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant, en particulier à l'adolescence.

### Guide Grandir

Grandir publie un guide de prise en charge pédiatrique de l'infection par le VIH destiné à des acteurs de terrain ayant déjà des notions sur l'infection par le VIH, mais des connaissances réduites en pédiatrie. Chaque chapitre détaille un aspect de la prise en charge : consultation médicale pédiatrique, interprétation des tests diagnostics avant 18 mois et de la mesure des CD4 avant 5 ans, traitement par ARV chez le nourrisson dans le premier, allaitement et alimentation dans le deuxième, accompagnement psychologique dans le troisième. Le guide propose également des fiches pratiques de consultations pédiatriques à des âges clés, chez l'enfant exposé au VIH ou infecté. [www.grandir.sidaction.org](http://www.grandir.sidaction.org)

## « Faire accepter le dépistage aux familles et aux professionnels »

*Valériane Leroy est médecin épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm au sein de l'équipe VIH-Afrique. Elle a supervisé l'étude Péditest, réalisée en Côte d'Ivoire sur l'acceptabilité familiale du dépistage du nouveau-né.*



© François Guenet

### Pourquoi est-il si important de traiter les enfants infectés par le VIH le plus tôt possible ?

Jusqu'en 2008, les recommandations de l'OMS préconisaient le traitement ARV à partir d'un certain degré d'immunodépression. Or l'infection par le VIH chez l'enfant évolue très vite. Si on attend, beaucoup meurent avant qu'on puisse les traiter. Une étude a montré que le taux de survie des enfants non traités était de 50 % à deux ans : un tiers d'entre eux décèdent dans la première

année et la moitié lors des deux premières années. Nous avons eu des opportunités manquées de traitement jusqu'en 2008, parce les recommandations n'étaient pas adaptées à l'évolution de la maladie chez l'enfant. En pratique, lorsqu'un premier diagnostic était pratiqué sur un enfant, le temps que le comptage des CD4, qui n'est pas toujours disponible, puisse être effectué, soit l'enfant ne revenait pas, soit on le retrouvait à un stade de la maladie beaucoup plus avancé. La publication en 2008 des résultats de l'essai Cher (Children with HIV early antiretroviral therapy), mené en Afrique du Sud, est à l'origine de la révision des recommandations de prise en charge pédiatrique de l'OMS. Cet essai a démontré que lorsqu'on donnait de façon systématique des ARV à des nourrissons, on améliorerait leur survie à un an de 75 %.

### D'où l'intérêt du dépistage précoce ?

C'est le corollaire du traitement systématique : il faut promouvoir un dépistage précoce dès six semaines de vie, ce qui n'est possible qu'avec un examen appelé PCR. Ce n'est pas aussi simple qu'une sérologie chez l'adulte, car ce diagnostic virologique nécessite un laboratoire expérimenté. On dispose d'un outil, le DBS (Dry Blood Spot), qui facilite ce diagnostic précoce : on pique l'enfant au talon, on recueille une goutte de sang sur un papier buvard qui, séché, peut être amené dans un laboratoire où il sera analysé. Mais ces techniques sont loin d'être largement disponibles. Aujourd'hui, peu d'enfants accèdent au dépistage précoce, même quand ils ont été identifiés comme exposés au VIH.

On constate une très grande disparité géographique. Il y a des endroits où ça marche bien, comme le Botswana, un petit pays avec un système de santé assez exemplaire. Cela montre que c'est possible, même si cela peut difficilement être reproduit à l'échelle des autres pays. Mais il existe d'autres barrières que la disponibilité des outils. La clef est de faire accepter le dépistage des enfants aux familles et aux professionnels de santé. En proposant le test, les médecins ont très peur d'avoir des réactions négatives des parents, dont le consentement est obligatoire. Il y a encore beaucoup à faire en matière d'information.

### L'acceptabilité familiale du dépistage était l'objet de Péditest. Qu'a montré cette étude ?

Nous avons fait 3 000 propositions de dépistage précoce, lors de consultations postnatales et de pédiatrie générale, dans des centres en périphérie d'Abidjan. En Côte d'Ivoire, c'est le père qui a l'autorité parentale. Lorsque le dépistage est proposé en routine dans les consultations vaccinales du nouveau-né, les mères l'acceptent à 60 %. Mais quand on leur demande de revenir avec le consentement du père, on n'a plus que 15 % d'accord. Ces résultats révèlent le manque de communication au sein du couple et la peur de la stigmatisation, qui est très importante dans un pays de relativement faible prévalence comparé à des pays comme le Botswana ou l'Afrique du Sud. Quand on propose en routine le dépistage de l'enfant en Afrique du Sud, 80 % des mères acceptent. Cela souligne la nécessité de mettre en place des interventions adaptées au contexte et au poids de l'épidémie, car les solutions ne sont pas forcément les mêmes au Sud ou à l'Ouest du continent africain. Dans les régions à forte prévalence, proposer le dépistage du VIH de façon systématique pour tous les enfants qui viennent en vaccination est une opportunité. Mais il ne semble pas efficient d'adopter cette stratégie dans des pays à plus faible prévalence. Mieux vaut essayer de cibler les enfants nés de mères dépistées en prénatal, qu'elles aient ou non bénéficié d'un programme de PTME. Rechercher ces femmes et se préoccuper du devenir de ces enfants est un challenge.